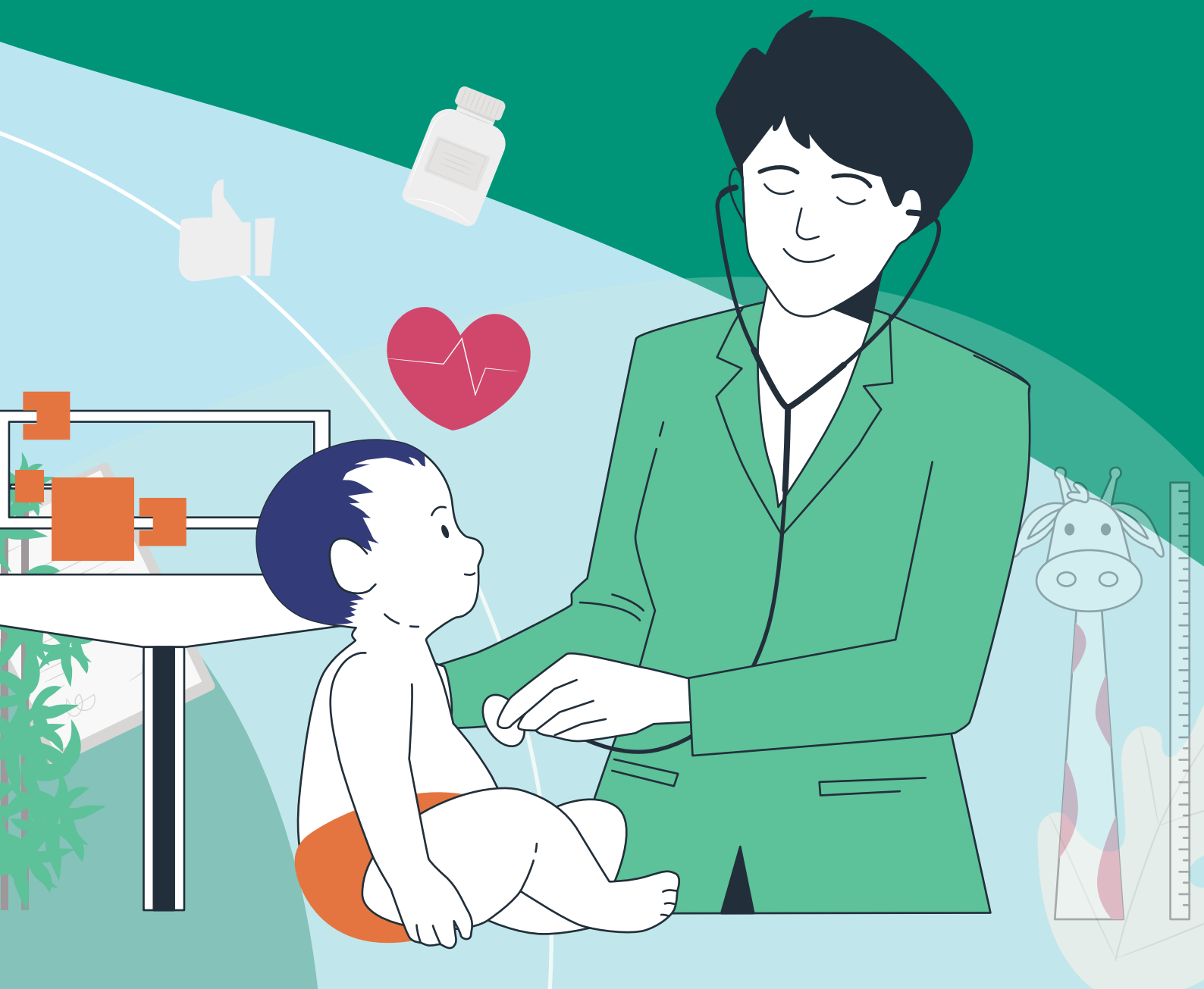
S.A.P.
CÓRDOBA

Julio 2022

Revista Cordobesa de Pediatría

- R.C.P -



Revista R.C.P

Coordinación General:
Mario Polacov
Diseño:
Antonella Pedicino C.

S.A.P.
CÓRDOBA

01 Nota de tapa | Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

08 Desafíos infectológicos para el invierno 2022

12 Condiciones de vida de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad

20 Noti SAP

22 ACV Isquémico

27 Lupus Eritematoso Sistémico Pediátrico

33 ¿Qué es la SAP CÓRDOBA para mi?

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Dra. Amelia López
Defensora de niñas, niños y adolescentes de la Provincia de Córdoba

Desde hace ya varias décadas se debate en el mundo académico si la humanidad atraviesa una **época de cambios o un cambio de época.** Los cambios epocales suponen transformaciones profundas que modifican la visión del mundo, las categorías de análisis, y las dinámicas sociales de relacionamiento.

Hace más de 200 años la humanidad pasó de ser un conjunto de sociedades agrícolas a una sociedad industrial. Esa revolución y su ulterior evolución marcaron la construcción de muchos de los sistemas sociales y de servicios y su institucionalización, tal como hoy los conocemos y disfrutamos. Aquella revolución también influyó en los paradigmas que sostienen el conocimiento en muchos campos: la salud, la educación, la ciencia, la producción, la economía por solo mencionar algunos.

Y a este punto uds se preguntarán **cuál es la relación de esto con los derechos de niñas y niños y la pandemia** que nos toca atravesar aún. No es el motivo de esta editorial analizar el cambio de época, sino reflexionar en torno del lugar que tienen los derechos de niñas, niños y adolescentes en este cambio epocal y el lugar histórico que le ha correspondido a un hecho epidemiológico como la pandemia.

S.A.P.
CÓRDOBA

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Desde hace varias décadas se vienen produciendo movimientos socioculturales que han desafiado los principios y valores sostenidos por la humanidad. **Los movimientos de DDHH, el feminismo, el ambientalismo, venían poniendo en crisis los paradigmas, conceptos y prácticas que sostienen los sistemas, sin terminar de producir cambios sustanciales**. Algunos de esos movimientos lograron poner en agenda y modificar modelos y prácticas con otra propuesta en torno a la visión del mundo en algún aspecto específico.

Los derechos de niñas y niños, forman parte de esa revolución sociocultural, pero que a diferencia de otros movimientos, no llegó aún a adquirir la densidad cuantitativa y cualitativa que otros desarrollaron, y tal vez sea porque sus actores centrales aún no logran que sus voces sean escuchadas.

La Convención de Derechos del Niño lleva más de 30 años en vigencia. Tras ella se modificaron legislaciones, instituciones gubernamentales, se cambiaron procedimientos, pero aún estamos muy distantes de haber producido cambios culturales profundos que modifiquen el relacionamiento del mundo adulto con las infancias y que los incluya como participantes activos en su status de ciudadanos.

S.A.P.
CÓRDOBA

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

La condición de sujetos de derechos fue asumida desde la mirada jurídica, con las limitaciones propias de buscar encorcetarla en la letra de ley. Sin embargo, la comprensión de lo que significa crecimiento, desarrollo y capacidad progresiva como conceptos complejos, resultan de difícil encasillamiento en la práctica.

Pero lo que sucede en el campo jurídico, también es trasladable al ámbito educativo y al vasto campo de la salud, sobre todo si nos asentamos en perspectivas integrales. Los adultos nos resistimos a abandonar la mirada de "mayores" con la función y el derecho de decidir sobre los "menores" sin tomar en cuenta sus voces y sus opiniones, bajo el pretexto de la Protección que les debemos y de la que ni siquiera hemos profundizado su significado.

Las situaciones vulneratorias que acompañan la vida de niños y niñas eran graves ya antes de la pandemia, y los sistemas veníamos ignorándolas o en algunos casos respondiendo con precarios recursos para su prevención y/o asistencia. Los conflictos familiares, la violencia de género, el abuso y el maltrato infantil y sus modos de abordaje son una muestra de la escasa prioridad que los derechos de niños, niñas y adolescentes tienen para los sistemas.
El desinterés de los/as chicos/as por la escuela, en especial por parte de los adolescentes, debieron ser una alerta al sistema educativo.

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Lo que ofrecemos está lejos de las necesidades que ellos y ellas tienen para poder afrontar los desafíos que el mundo demanda. **Tampoco el sistema de salud ha sido creativo en ofrecer servicios que atiendan las particulares necesidades de los y las adolescentes.** En este sentido, resulta evidente que en todos los ámbitos, a mayor corrimiento del adulto, más soledad y dificultades en los niveles de motivación y proyecto de vida. Los esfuerzos existentes parecen devenir de voluntades particulares y no de acciones articuladas.
El mundo científico y la formación de los profesionales en todos los campos tampoco ha logrado incluir desde una mirada integral la perspectiva de derechos de niñas y niños, no como un contenido de instrucción, sino traduciéndolos en abordajes integrales con aportes científicos de evidencias que contribuyan a la conciencia social.

Y en ese estado de cosas **irrumpió la pandemia**. Un hecho que, al sorprendernos nos desorientó y nos produjo incertidumbre global al mundo adulto, **profundizando entonces la sensación de vulnerabilidad y desamparo en infancias y adolescencias.** De esta manera la primera respuesta remitió a un abordaje que había sido superado, mirando la tradicional tríada: el agente (el temido COVID 19 con todas sus variantes); el huésped y sus susceptibilidades (y allí aparecieron las estigmatizaciones y las invisibilizaciones) y el ambiente que los reúne y desde allí los debates sobre aislamiento, escolarización, etc. por solo mencionar algunos.

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Pero en ese análisis de abordaje prácticamente desapareció la perspectiva de salud integral. que incorpora las nociones de "lo humano" y las implicancias emocionales y existenciales. Parecimos olvidar que existía la salud emocional; que había otras patologías existentes; que había grupos en ese momento considerados como de "menor vulnerabilidad" que tenían necesidades particulares que debían ser atendidas, con miedos, angustias y ansiedades; que existían grupos sociales que requerían una atención particular porque estaban bajo contextos de pobreza, de violencia, o sin posibilidades de acceder de ningún modo a la mirada de nadie.

Y esto no se trata de una mirada crítica solo a las políticas públicas, o a las decisiones globales que se tomaron. También los medios de comunicación, la ciudadanía, los profesionales, alimentamos esos debates. Frente a la incertidumbre, la humanidad redujo su perspectiva de visión y los niños y niñas se quedaron casi afuera, **o por lo menos en el último lugar.**

La salida de las restricciones nos lo trajeron a la luz inmediatamente: más pobreza infantilizada, peores índices de alimentación, reducción de controles de crecimiento, disminución de las inmunizaciones. Es decir, se observó un deterioro de la calidad de vida con grandes implicancias a un futuro inmediato.

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Todo esto lo fuimos evidenciando, y siguiendo desde la Defensoría de Derechos de niñas, niños y adolescentes, acercando a quien correspondiera nuestras preocupaciones e intentando aportar espacios de reflexión y de acción articulada. Pero el impacto emocional que ha generado la pandemia es aún difícil de medir y predecir. Lo que vemos en la tarea diaria son las dificultades de chicas y chicos por retomar la escuela, y no se trata de un factor solo cognitivo. **Existe una fuerte dificultad en el relacionamiento entre pares que se traduce en más casos de acoso entre pares, y sobre todo la incapacidad manifiesta de los adultos en general, (padres, docentes, profesionales) para adentrarnos en el mundo interior de niñas y niños.**
La violencia en todas sus formas, la soledad, el abandono por parte de los adultos, muestran a las claras que es necesario que comprendamos en profundidad de qué se trata la Protección especial que sostiene la convención, entendiéndola como acompañamiento responsable, escucha y empatía. Y somos los profesionales los que tenemos que ser capaces primero de **abandonar la vieja mirada proteccionista adultocéntrica, para acercarnos a perspectivas integrales, adentrándonos en los que niñas y niñas sienten y perciben del mundo, y escuchando sus voces acompañarlos en un crecimiento y desarrollo saludable** sabiendo que muchas de las familias hacen lo que pueden, hasta donde la naturalización de hábitos y representaciones les permitió llegar. Y es ahí donde los profesionales debemos modificar nuestros modos de acompañamiento y abordaje.

Los derechos de las Infancias y Adolescencias y la oportunidad que deja la Pandemia

Todo esto lo fuimos evidenciando, y siguiendo desde la Defesa entendemos que no es una tarea fácil el cambio de mirada y posicionamiento, para luego llevarlo a las prácticas cotidianas, pero es una obligación y compromiso en que los adultos y las instituciones debemos esmerarnos estando atentos y flexibles a las necesidades e intereses de niñas, niños y adolescentes. La pandemia puso en blanco muchas crisis, muchos conceptos naturalizados, y por eso mismo debería convertirse en un punto de quiebre que nos permita caminar un trayecto diferente en relación a la inclusión y visión en torno a los derechos de niñas, niños y adolescentes; una integración diferente de la salud mental y emocional y de todas las consecuencias que tenemos que poner a la vista.

La pandemia fue un momento de quiebre en el cambio de época al que me referí al principio. Quizás es el momento oportuno para revisar nuestros paradigmas, para innovar en la formación, para mejorar los sistemas de asistencia, para dar volumen a una corriente de visibilización de los derechos de niñas y niños como ciudadanos, casi como única garantía de sostenibilidad de la humanidad.

Desafíos infectológicos para el invierno 2022

Comité de Infectología SAP Córdoba

En esta nueva etapa donde conviven el COVID-19 y los virus respiratorios estacionales podríamos definir los desafíos en tres aspectos fundamentales.

Prevención y promoción de salud

Recupero de esquemas de vacunación.

La pandemia y las restricciones que ésta demandó han provocado, entre otras consecuencias, un abrupto descenso de las coberturas de las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación que ya se venía observando en nuestro país y en la región de las Américas, en los últimos años.

Se requieren coberturas elevadas, homogéneas y sostenidas para mantener los logros obtenidos y afrontar los desafíos de la prevención y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación. Se considera que para que las coberturas de vacunación sean óptimas deben superar el 95%, pero los datos difundidos por el Ministerio de Salud de la Nación indican una caída de la cobertura de 2019 a 2020 de vacunas fundamentales que no llega a este porcentaje.

Dado que lo mismo ocurrió durante los años 2020 y 2021 para revertir y mejorar esta situación es fundamental el recupero de esquemas de vacunación y lograr coberturas de ≥ 95 % en vacunas que previenen las patologías respiratorias, como las vacunas antigripal y antineumocócica

S.A.P. CÓRDOBA

Recordar que la vacunación antigripal debe ser oportuna en su inicio, que se aplica por calendario nacional desde los 6 meses a los 24 meses de edad y que en la primera vacunación se requiere la aplicación de 2 dosis. La cobertura de esta 2da dosis no superó en el 2021 el 40% global país. En relación a vacuna antineumocócica, la 3ra dosis, es la que genera un incremento importante en el nivel y duración de los anticuerpos protectores y no ha superado el 75%. No menos importante es lograr coberturas con vacuna quíntuple en el 2do año de vida, dado que en el año 2021 no se superó el 80% de cobertura.
Es fundamental para el recupero de esquemas el compromiso de todos: el pediatra debe, en cada control de niño sano o por patologia, solicitar el carnet de vacunacion, e indicar la recuperación de esquemas, teniendo siempre presente la importancia de la aplicación simultanea de vacunas.
En relacion a COVID19, recordemos que estamos aplicando la vacunacion de refuerzo al grupo etario de 5 a 11 años y que debemos completar la vacunacion del grupo de 3 a 11 años.

Desde que se implementaron las distintas etapas de aislamiento, se vieron afectadas diversas actividades relacionadas con la prevención, el cuidado de la salud y el tratamiento de distintas enfermedades, síntomas o posibles síntomas distintos al coronavirus.

Por eso, otro tema que también es importante en la prevención, es recuperar y mantener el control de niño sano y fortalecer la atención de los que presentan patologías infecciosas crónicas.

Para sostener la salud integral de niños, niñas y adolescentes se deberían generar mensajes claros para reforzar las medidas de higiene respiratoria destinadas a la prevención de enfermedades infectocontagiosas en la población, tales como: lavado de manos con técnica correcta, ventilación de los espacios, distanciamiento en ambientes poco ventilados, uso de barbijo, evitar concurrir a espacios compartidos cuando presentan síntomas respiratorios.

Diagnóstico

En lo referido al diagnóstico aparte de un desafío, representa una mejor oportunidad con la accesibilidad de nuevos métodos para lograr diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y adecuado evitando así la utilización de medicación innecesaria.
Como se mencionó previamente, con el advenimiento de las nuevas técnicas moleculares se puede realizar un diagnóstico etiológico rápido del agente infeccioso de la patología respiratoria, el cual es útil no tan solo para definir conducta terapéutica sino para el uso adecuado de antimicrobianos. Éstas técnicas se deben utilizar racionalmente.

Otra metodología que habitualmente se utiliza en pacientes hospitalizados, es la investigación de antígenos virales por inmunofluorescencia indirecta (IFI) en el aspirado de secreciones nasofaríngeas. Se solicita al ingresar el paciente, o lo antes posible debido a que la posibilidad de identificar el virus disminuye después de 72 horas de haber comenzado el cuadro.

El empleo de diagnóstico molecular (reacción en cadena de la polimerasa, PCR, por sus siglas en inglés) es recomendado para la tipificación de influenza A H1N1, para investigar coqueluche (Bordetella pertussis y parapertussis) y el SARSCoV2 a partir del 2020.
Una metodología muy importante como es la PCR múltiple para diagnóstico de enfermedades infecciosas graves que incluyen meningitis, neumonías, bronquiolitis, sepsis y GEA para descartar sobretodo SUH. Es el sistema Filmarray que con una muestra del sitio de la infección se logra un diagnóstico etiológico de varios agentes bacterianos, micóticos, virales y parasitarios en el lapso de 1,30 hs.

Tratamiento:

Fomentar una cultura médica de Uso racional de antimicrobianos, considerando que la principal causa de infecciones respiratorias en invierno es de etiología viral
Las patologías en las que se evidencia, con mayor frecuencia, la prescripción de antibióticos, son las infecciones respiratorias agudas (principalmente macrólidos y betalactámicos).
En la RINITIS MUCOPURULENTA, la secreción nasal espesa, opaca o con cambio de color, que comienza a los pocos días de una infección de vías aéreas superiores, suele acompañar al resfriado común, puede durar 8 a 10 días y no es una indicación de tratamiento antibiótico.
En la BRONQUIOLITIS típica el diagnóstico es clínico, la etiología es viral (principalmente virus respiratorio sincitial), donde no son necesarios exámenes complementarios de rutina (Hemograma/reactantes de fase aguda habitualmente son normales).

Condiciones de vida de Niños, Niñas y adolescentes con Discapacidad

Unicef

La información y los datos sobre la población con discapacidad generalmente son escasos, tanto a nivel global como en Argentina. Esto invisibiliza su situación e impiden mejoras en la toma de decisiones. Recientemente UNICEF preparó un reporte global[1] con información de encuestas nacionales en más de 100 países. Este reporte estima que hay casi 240 millones de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en el mundo, y muestra que ellas y ellos poseen desventajas en la mayoría de las dimensiones y los indicadores analizados, cuando se los compara con niñas, niños y adolescentes sin discapacidad. El reporte señala que en América Latina alrededor del 10,2% de la población menor a 18 años tiene al menos una discapacidad.

En Argentina, entre el 2019 y 2020 se realizó por segunda vez la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes[2] (MICS por sus siglas en inglés), registrando información en diferentes temáticas (salud, educación, protección, protección social, nutrición, etc.) con el propósito de mejorar el conocimiento sobre el estado de situación de la niñez y adolescencia en el país. La encuesta utiliza el enfoque de funcionalidades para valorar la discapacidad[3]. De esa forma, presenta información desagregada para niñez y adolescencia con discapacidad complementando el conocimiento adquirido a la fecha en Argentina y mejorando el seguimiento de progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

A continuación, se presenta, a partir de esta información, un breve análisis de algunos indicadores relevantes que muestran las brechas existentes en diferentes dimensiones.

Características de la niñez y adolescencia con discapacidad

De acuerdo con los datos de la encuesta MICS, la incidencia de la discapacidad en la primera infancia (niños y niñas de 2 a 4 años) es del 4%. Sin embargo, este valor es significativamente mayor entre la población de mayor edad (5 a 17 años)[4], llegando a más que triplicarse (14%).

En términos geográficos (Gráfico 1), en el caso de los niños y niñas de 2 a 4 años se registra que la incidencia de la discapacidad es levemente mayor en las regiones de AMBA y NEA (5%). Por su parte, entre los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, el mayor peso se encuentra en la región de NEA (16%).

---

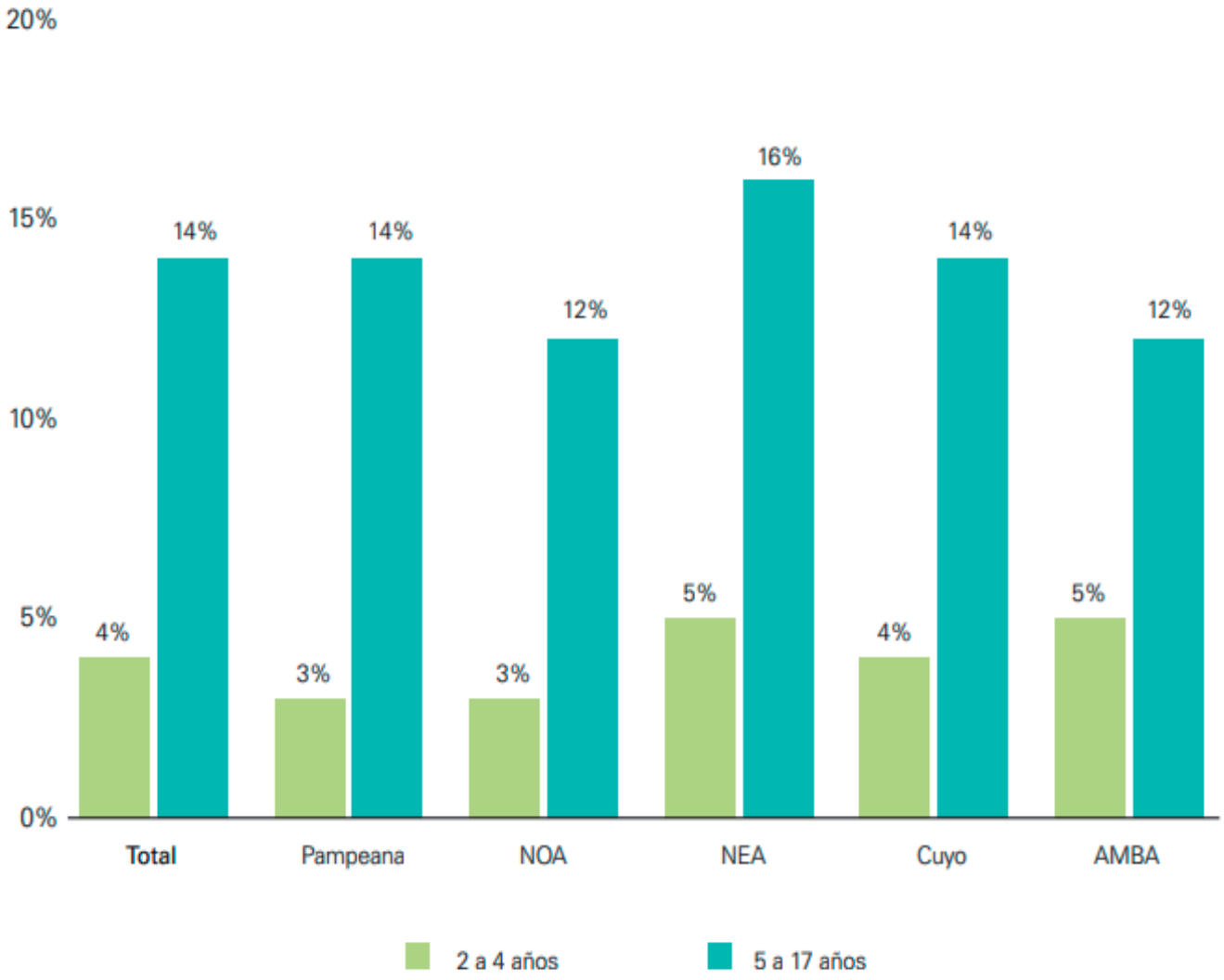
1 Disponible en https://www.unicef.org/press-releases/nearly-240-million-children-disabilities-around-world-unicefs-most-comprehensive.

2 Disponible en https://www.unicef.org/argentina/informes/mics-2019-2020

3 Desde la ronda 6 de MICS se utiliza la metodología desarrollada por UNICEF y el Grupo de Washington que incluye valoraciones en diferentes dominios (ej. vista, audición, comunicación, aprendizaje, movilidad y emociones). Mayor detalle disponible en https://data.unicef.org/topic/child-disability/module-on-child-functioning/

4 Cabe destacar que en este informe los datos de incidencia de la discapacidad en niñas, niños y adolescentes se presentan distinguidos por grupos etarios, teniendo en cuenta que las estimaciones se realizaron de manera diferencial para cada una de las subpoblaciones.

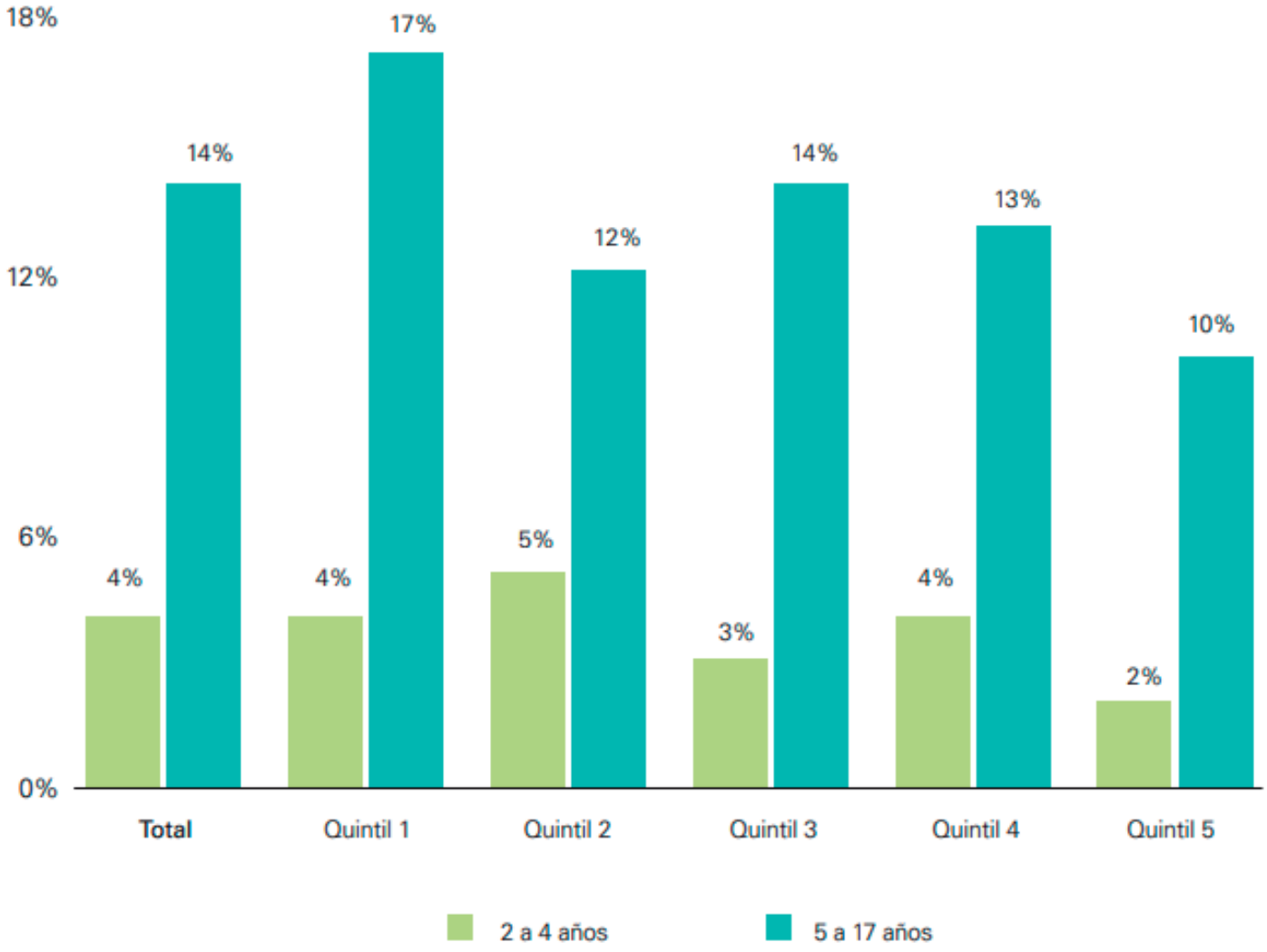
GRÁFICO 1 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, según grupos etarios y región



Fuente: MICS

En ambos grupos de edad, se registra que el quintil de riqueza[5] más alto es el que presenta una menor proporción de población con discapacidad (2% y 10%, respectivamente) (Gráfico 2). Lo anterior pone de manifiesto que es fundamental avanzar en estudios que profundicen y aporten más evidencia sobre estas diferencias, dado que los costos extras que incurre un hogar con presencia de niñas y niños con discapacidad son significativamente más elevados.

GRÁFICO 2 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, según grupos etarios y quintil de riqueza



Fuente: MICS

En cuanto al empleo, en aquellos hogares donde ni la madre ni el padre tiene empleo con aporte a la seguridad social, la presencia de niños y niños con discapacidad es mayor respecto de aquellos hogares con padres que sí cuentan con registro laboral (15% y 12%, respectivamente). Asimismo, en los hogares con jefatura femenina, la presencia de niños y niñas con discapacidad de 5 a 17 años es mayor respecto a los hogares con jefatura masculina (16% y 12%, respectivamente).

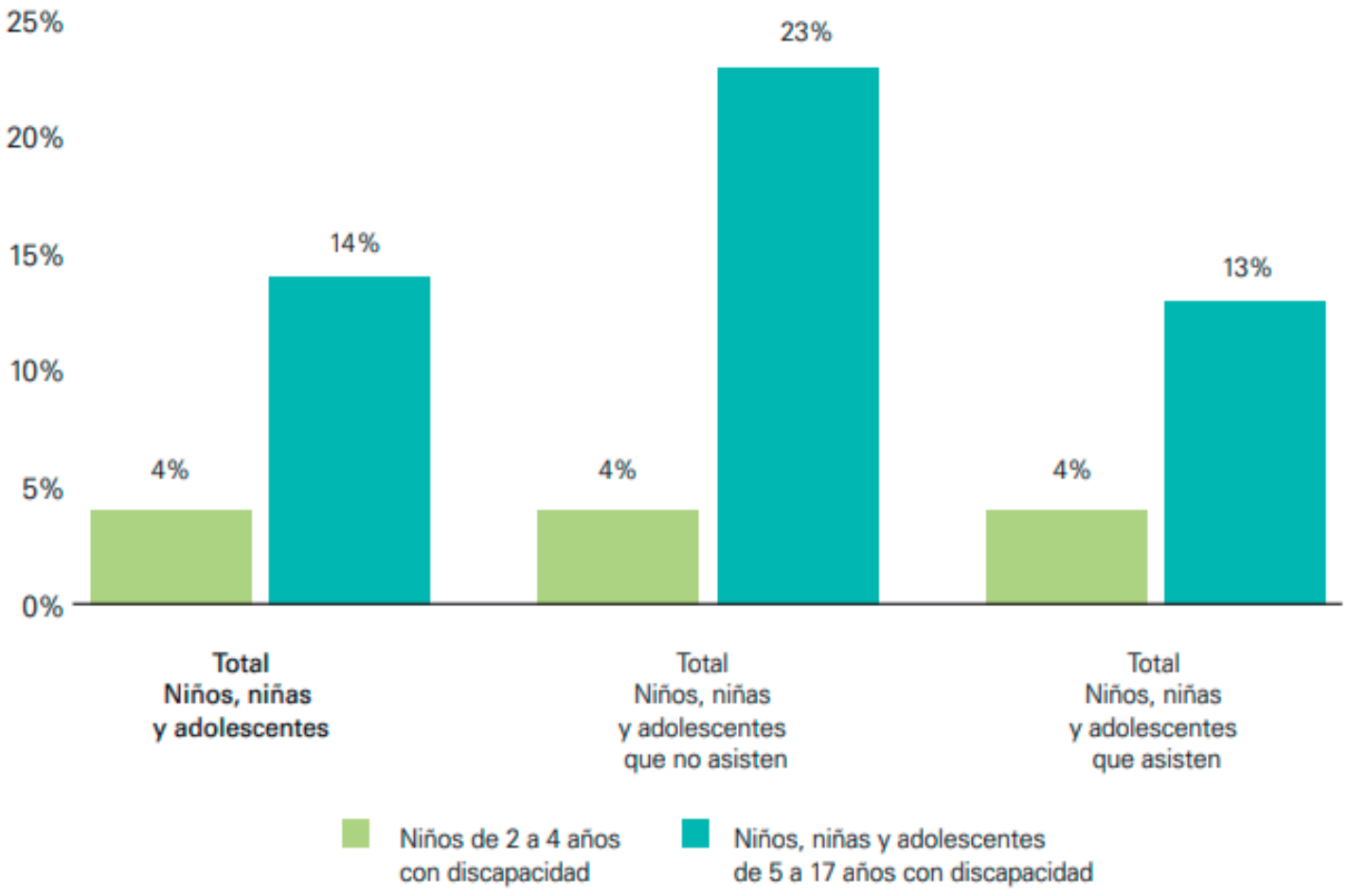
Estos datos ponen en evidencia que las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en mayor medida, residen en hogares con mayores niveles de vulnerabilidad. Probablemente, esto pueda asociarse a la disponibilidad de menores recursos para la detección y atención temprana, a dificultades para la realización y sostenimiento de tratamientos, a problemas nutricionales, a prácticas de cuidado sostenido en el tiempo, entre otras. En este sentido, las diversas políticas de protección, acompañamiento y asistencia cumplen un rol fundamental para revertir estas situaciones.

Educación

La asistencia escolar es central para el desarrollo de los niños y niñas. En 2019, un 64% de chicos y chicas de 36 a 59 meses (mayor a 3 y menor a 5 años) asistían a algún centro de educación y cuidado para la primera infancia. Sin embargo, entre aquellos niños y niñas con algún tipo de discapacidad, ese porcentaje se reducía a 57%.

En esta misma línea, la asistencia escolar parece ser un factor que se ve influenciado por la discapacidad (Gráfico 3), sobre todo entre las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años: entre quienes no asisten, el peso de la discapacidad se ve fuertemente incrementado, en comparación con aquellas y aquellos que sí asisten (23% y 13%, respectivamente). Resulta interesante verificar cuánto influye la detección temprana de la discapacidad en la primera infancia y cómo se podrían mitigar sus efectos a través de mecanismos de estimulación.

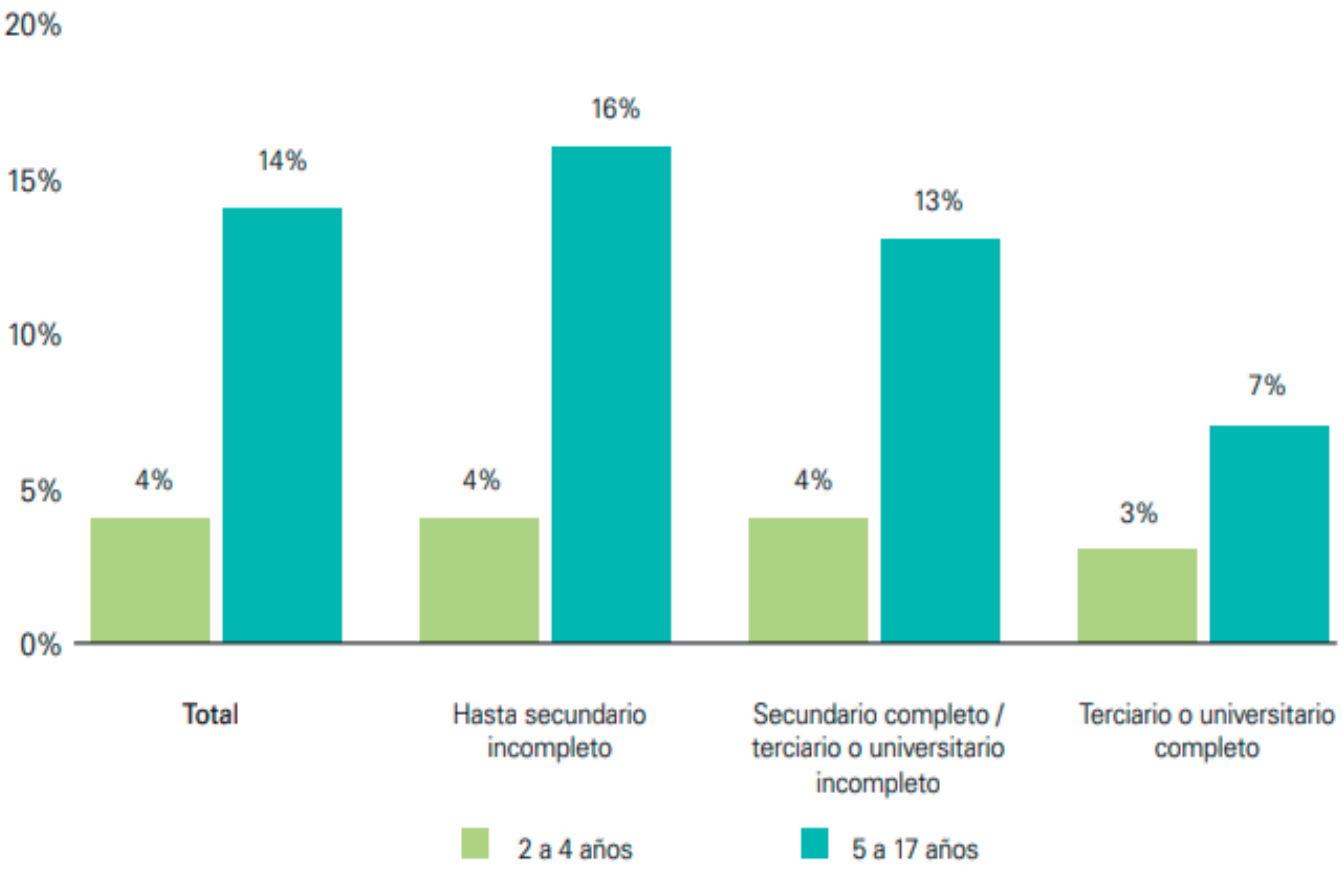
GRÁFICO 3 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes según grupos etarios, condición de discapacidad y asistencia escolar



Fuente: MICS

Un dato que debe ser tenido en cuenta se relaciona con el desarrollo infantil temprano, debido a la situación significativamente más desventajosa en la que se encuentran las niñas y niños con discapacidad. La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes evidencia que el porcentaje de niñas y niños de 3 y 4 años que presentan un desarrollo adecuado es de 40%, mientras que entre aquellos niños y niñas con discapacidad es del 13%.

GRÁFICO 4 Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, según grupos etarios y nivel educativo de la madre



Fuente: MICS

El nivel educativo de las madres es otra dimensión que tiene incidencia en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (Gráfico 4). Se observa que, entre aquellas niña, niños y adolescentes de 5 a 17 años, el peso de la población con discapacidad es mayor entre las madres con menores niveles educativos: 16% entre aquellas con secundario incompleto, 13% entre quienes tienen secundario completo o terciario o universitario incompleto y 7% entre quienes completaron el nivel superior.

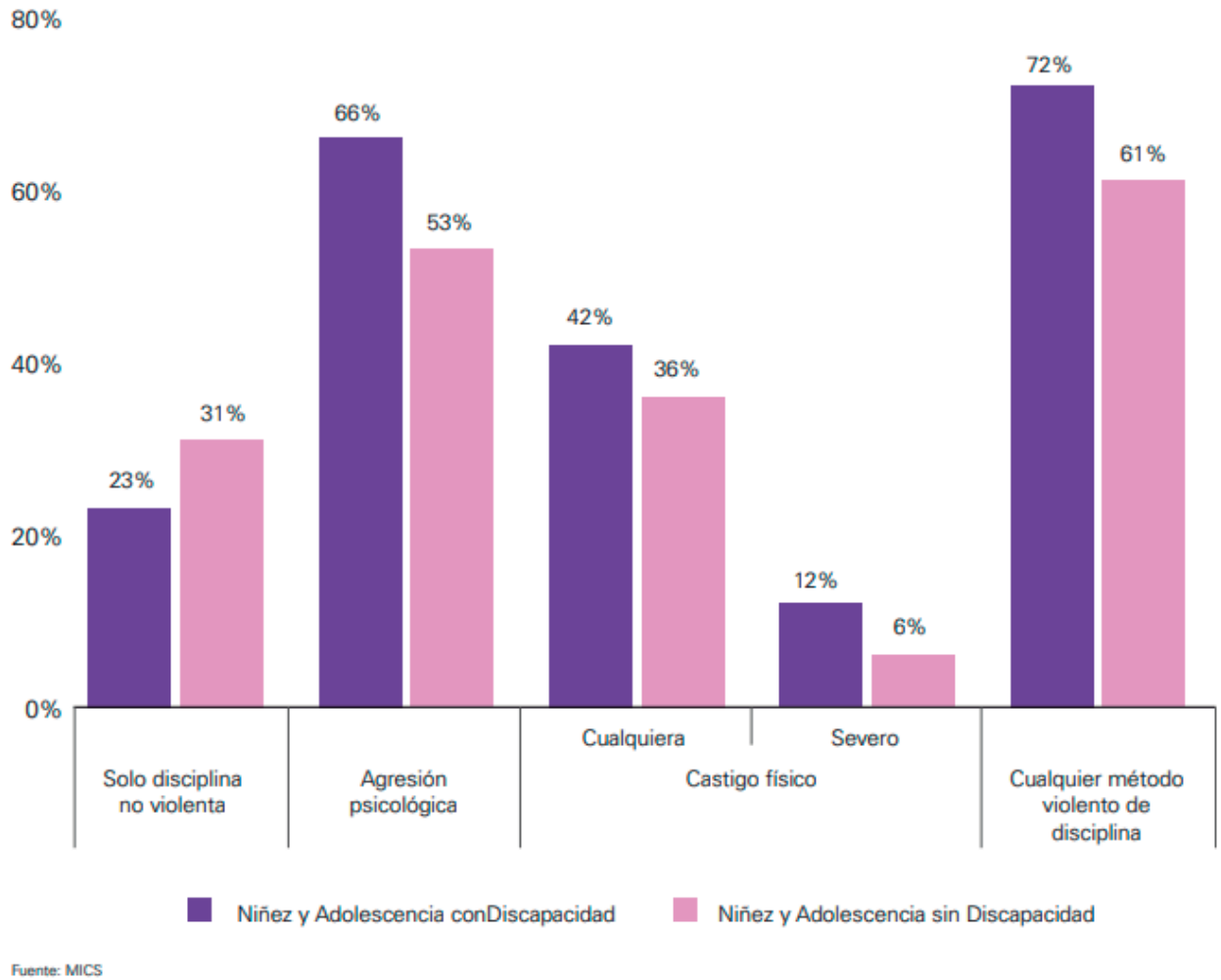
Salud

Respecto del acceso de niñas y niños entre 2 y 4 años al seguro médico de salud, se evidencia que los niveles de cobertura entre quienes tienen algún tipo de discapacidad son muy similares a los de aquellos sin discapacidad (47% y 46%, respectivamente). En contraste, la información compilada revela que la incidencia de ciertas enfermedades es mayor en las niñas y niños con discapacidad: mientras un 12% de niñas y niños con discapacidad tuvo episodios de diarrea, síntomas de infección respiratoria aguda o fiebre, entre aquellos y aquellas sin discapacidad, la incidencia fue significativamente más baja (7%). Asimismo, las diferencias también aparecen respecto al acceso y búsqueda de asesoramiento o tratamiento: 43% entre las niñas y niños con discapacidad y 50% entre aquellos y aquellas que no tienen una discapacidad. Finalmente, en el caso de los controles de salud para el grupo de 5 a 17 años, se advierte que, entre aquellos con discapacidad, se observa un nivel levemente mayor de realización de controles rutinarios de salud (83% vs. 80% en el caso de los niños, niñas y adolescentes sin discapacidad)

Ambiente protector

La crianza de las niñas y niños en un ambiente protegido y con respeto de sus derechos es vital para el desarrollo de la autoestima, la integridad física y psicológica y la dignidad. Sin embargo, se observa que, en muchos casos, las niñas, niños y adolescentes experimentan métodos violentos de crianza y cuidado, sobre todo entre aquellas
y aquellos que presentan algún tipo de discapacidad. De este modo, mientras que un 61% de las niñas y niños de 2 a 14 años sin discapacidad experimentan métodos violentos de crianza, entre aquellas y aquellos que tienen alguna discapacidad asciende a 72% (Gráfico 5). Cabe resaltar que, entre las niñas y niños con discapacidad, los castigos físicos severos representan el doble respecto a aquellas niñas y niños sin discapacidad (12% y 6%, respectivamente).

GRÁFICO 5 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 2 a 14 años con discapacidad, según métodos de disciplina violenta



Fuente: MICS

Otra dimensión de análisis donde se registran fuertes diferencias entre la población de niñas y niños con alguna discapacidad y aquellas y aquellos que no tienen ninguna, es respecto al cuidado inadecuado.
En este sentido, mientras un 12% de niñas y niños con discapacidad fueron dejados solos o al cuidado de otra niña o niño menor de 10 años durante más de una hora, mientras que entre aquellas y aquellos que no tienen discapacidad se reduce a 4%.

Protección social y empleo

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento público otorgado por el Estado cuyo objetivo es validar la condición de discapacidad de las personas y acceder a una serie de derechos y prestaciones relacionadas con la salud, el transporte, las asignaciones familiares, etc.
De acuerdo con los datos obtenidos en la encuesta MICS, es prioridad avanzar en la cobertura de las niñas, niños y adolescentes, teniendo en cuenta que entre el grupo de 2 a 4 años los niveles de cobertura alcanzan el 60% y para aquellos de 5 a 17 años el 64%.

Dominios funcionales y dispositivos

La encuesta MICS incluyó módulos de funcionamiento infantil (ej. audición, comunicación, ansiedad, concentración, depresión, juego y control de la conducta) destinados a estimar la proporción de niños y niñas con dificultades funcionales (incluso al utilizar anteojos, prótesis auditiva o aparato para caminar) según lo informado por sus madres, padres o cuidadores principales. Para el grupo de niñas y niños de 2 a 4 años que presentan algún tipo de discapacidad, el dominio más afectado fue el de la comunicación (2,2%), mientras que el referido a la audición representó el de menor incidencia (0,1%). Por su parte, entre las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17, el dominio de afectación más elevado fue el de la ansiedad (8,1%), mientras que el referido a la audición se registró nuevamente como el más bajo (0,3%).
Asimismo, la encuesta obtuvo información sobre el uso de dispositivos de asistencia entre aquellas niñas, niños y adolescentes con discapacidad. El registro de estos datos evidencia que la gran mayoría de quienes tienen entre 2 y 17 años utiliza anteojos (11%) y en menor proporción prótesis auditivas (0,6%) y algún aparato o reciben ayuda para caminar (0,9%).

Reflexiones finales para mejorar la situación de la niñez y adolescencia con discapacidad

Indudablemente, la generación de datos e información resulta clave no solo para mejorar el conocimiento, pero sobre todo para fortalecer el diseño de políticas públicas basadas en evidencia. La encuesta MICS es una nueva fuente de información que contribuye con el acervo de conocimiento adquirido a la fecha sobre discapacidad en Argentina.

Más allá de la evidencia generada, es sumamente importante reconocer las importantes brechas en acceso a los diferentes servicios (salud, educación, entre otros) de la niñez y adolescencia con discapacidad comparada con aquellos sin discapacidad, así como impactos diferenciales en lo referido a métodos violentos de crianza y cuidado. Las brechas relevadas en MICS demuestran la urgente necesidad de profundizar en el diseño de intervenciones efectivas y pertinentes que permitan mejorar la situación y cerrar las brechas vigentes preservando y fortaleciendo el cumplimiento de derechos de esta población que se encuentra desproporcionadamente en condición de exclusión y marginalidad social.

A continuación mencionamos algunas decisiones de la Comisión Directiva de los últimos meses:

S.A.P.
CÓRDOBA

- Nuestra SAP Córdoba está organizando las Jornadas Regionales Centro-Cuyo que tendrán lugar en Carlos Paz del 15 al 17 de septiembre de 2022. Ya está definido el programa científico y estamos cerrando detalles de organización y logística para que resulte un evento de jerarquía. En el siguiente link podrán encontrar más información este este importante acontecimiento científico: https://www.-sap.org.ar/congresos/1026/xxi-jornadas-regiona-les-centro-cuyo.html

- Se realizaron arreglos de techos y desagües pluviales en la sede institucional, lo cual resultaba necesario para la reparación y el mantenimiento edilicio.

- Se está definiendo un nuevo convenio con el servicio de limpieza, para que la calidad de la prestación esté acorde a las necesidades.

Se encuentra en desarrollo un Programa de RCP para padres, una actividad teórico-práctica de frecuencia mensual dictada por instructores de CEFEN. Consideramos que se trata de una actividad de alto impacto social, que proyecta a nuestra SAP Córdoba hacia la comunidad.

Se firmó un convenio con DAPS para generar proyectos conjuntos. Asimismo se continúan los contactos con otras entidades a fin de
promover acciones educativas y de defensa de los derechos de la niñez.

Se comenzarán las tareas preliminares para publicar un "Manual de Salud Escolar", con la participación de referentes de nuestros Comités. La idea es aportar material para profesionales y docentes sobre las problemáticas de niños y adolescentes en edad escolar, una actualización que consideramos importante y necesaria.

Reporte de caso clínico: ACV ISQUÉMICO

Dra. Morales Córdova Sdenka
Servicio de Pediatría y Neonatología
Hospital Italiano de Córdoba

"EL TIEMPO ES ORO, EL TIEMPO ES VIDA, ACTUEMOS A TIEMPO" CONOZCAMOS MÁS SOBRE EL ACV ISQUEMICO EN PEDIATRÍA

INTRODUCCION

El ACV se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte en pediatría. Predominan los ACV isquémicos en menores de 1 año y los hemorrágicos en adolescentes.

Se trata de un síndrome clínico caracterizado por desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal que persiste más de 24 horas sin otra causa aparente que el origen vascular. Por isquemia o hemorragia, debido al compromiso de uno o más vasos cerebrales. El ACV isquémico puede dar síntomas en forma súbita o progresiva siendo esta hemiparesia, convulsiones, trastorno del lenguaje, hemianestesia, hemianopsia y compromisos de pares craneales. Si se afecta la arteria cerebral del lado izquierdo presentara afasia. La etiología puede ser hematológica, cardiaca o vasculitis pudiendo ser estas no inflamatorias o inflamatorias (primarias o secundarias a procesos infecciosos).

METODO: Reporte de un caso

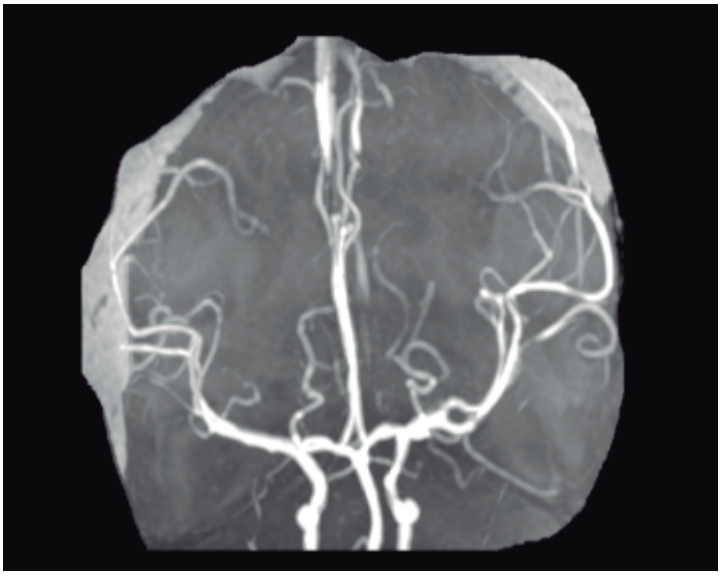
S.A.P. CÓRDOBA

Reporte de caso clínico:
ACV ISQUÉMICO

RESULTADOS

Se reporta el siguiente caso por tratarse de un ACV isquémico en un paciente infante probable etiología vascultica secundaria a obesidad. CASO paciente de 5 años de edad, peso 40 kg (percentilo>97) que presenta incontinencia urinaria, estando en clase de gimnasia se suma dificultad para caminar. La madre posteriormente nota dificultad para hablar, y debilidad en miembro superior derecho. Paciente derivado de un Centro asistencial de Villa María. Donde se realizan estudios (TAC cerebral, ECG, laboratorio) arribando a diagnóstico presuntivo de ACV isquémico por el cual es derivado a nuestro nosocomio, no refiere antecedentes de traumatismos, PCR COVID-19 NEGATIVO.

Al ingreso vigil, no verbaliza, comprende parcialmente órdenes simples, impresiona perseverancia motora sin signos meníngeos debilidad del hemicuerpo derecho.



Reporte de caso clínico: ACV ISQUÉMICO

Pares craneales II: Campo visual conservado por maniobra de amenaza, III-IV-VI: Mirada primaria preferencial hacia la izquierda. MOI: Pupilas intermedias isocóricas reactivas. MOE: Sin limitaciones V: No valorable por falta de colaboración VII: Parálisis facial central derecha VIII: Sin nistagmo IX-X: Úvula central, buena excursión del velo del paladar, reflejo nauseoso conservado bilateral XI-XII: No valorable por falta de colaboración. Motor: Hemiparesia braquiocrural derecha 1/5.Hipotonia derecha, moviliza activamente hemicuerpo izquierdo, reflejos miotáticos profundos: Patelar 0/2 Reflejo plantar extensor derecho, flexor izquierdo Taxia-praxia no valorable, sensibilidad no.

Se realizan estudios complementarios que informan: **TAC cerebral simple:** No se observan signos directos o indirectos de isquemia o hemorragia aguda. RMN cerebral simple: Imagen hiperintensa en B1000 con restricción en ADC, con FLAIR incipiente, que abarca parcialmente corteza insular y temporal, y territorio ganglio basal izquierdo, correspondiente a lesión isquémica aguda.

ECG: Con artefactos debido a movimiento, ritmo sinusal. ANGIO RMN se observa signos de isquemia aguda en territorio ACM IZQUIERDA. Ecocardiograma Doppler
sin particularidades buena contractibilidad.

S.A.P.
CÓRDOBA

Reporte de caso clínico:
ACV ISQUÉMICO

Ecografía abdominal hepatomegalia. Diagnostico compatible con ACV isquémico (Arteria Cerebral Media izquierda) ante confirmación diagnóstica se inicia con tratamiento AAS 100 mg/día e inhibidores de la bomba de protones más neuro-rehabilitación.

El niño permaneció 16 días internado con evolución muy favorable, quedando con lenguaje sin tanta disartria, deambulando sin apoyo continuando con rehabilitación y tratamiento con controles periódicos en su ciudad de origen.

CONCLUSIÓN

El ACV requiere de un abordaje MULTIDISCIPLINARIO donde interviene (pediatra clínico, neurólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga) La realización de
neuro-imágenes es un pilar fundamental para el diagnóstico y no debe ser pospuesto. El monitoreo y tratamiento está enfocado en minimizar el daño.

Reporte de caso clínico: ACV ISQUÉMICO

BIBLIOGRAFIA

1.- Moharir M, DeVeber G. Pediatric arterial isquemic stroke; Continuum (Minneap Minn) 2014; 20(2):370–386.

2.-Smith S, Fox C. Ischemic stroke in children: Secondary prevention. Uptodate [Internet]. Scott Kasner; 2017 [citado 20 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ischemic-stroke-in-children-secondary-prevention

3.-Fullerton H, Wu Y, Sidney S, Jonhnston C. Risk of Recurrent Childhood Arterial Ischemic Stroke in a Population-Based Cohort: The Importance of Cerebrovascular Imaging. Pediatrics 2007; 119(3):495- 501

4.- Amlie – Lefond C. Evaluation and Acute Management of Ischemic Stroke in Infants and Children. Continuum (Minneap Minn) 2018; 24 (1, Child Neurology):150–170.

5.-Arroyo HA. Tammer I. Enfermedad cerebrovascular en la infancia y la adolescencia: accidente isquémico cerebral. Rev. Neurol. 2002;34(2):133-44.

6.-Lynch JK, Hirtz DG, DeVeber G, et ál. Report of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke workshop on perinatal and childhood stroke. Pediatrics. 2002; 109: 116-123.

S.A.P.
CÓRDOBA

Actualización en LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIATRICO (LESp)

Comité de Reumatología SAP Córdoba

El diagnóstico de Les en ocasiones implica un reto ya que se trata de una enfermedad con gran expresión clínica, sumado a que no existen una prueba única que la confirme o descarte como ocurre en otras enfermedades. Por lo tanto, el diagnóstico se basa en criterios de clasificación, luego de descartar otras patologías como Procesos linfoproliferativos (Leucemia, linfoma) enfermedades infecciosas, y otras enfermedades autoinmunes y reumáticas (AIJ; Síndrome de Sjogren, etc.).

También se debe tener en cuenta tanto al diagnóstico como al seguimiento, que la sintomatología de actividad lúpica se puede superponer con una complicación muy grave como el Síndrome de Activación Macrofágica (fiebre, PCR aumentada, citopenias, alteración hepática, etc.).
Con respecto a los criterios de clasificación, al no haber específicos de LES pediátrico, se usan los validados en adultos.

Los criterios más utilizados han sido los propuestos por ACR en 1982, revisados en 1997, necesitando para el diagnóstico la presencia de 4 de los 11 criterios propuestos.

Luego en el año 2012 se publicaron los criterios Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC), que los dividen en manifestaciones clínicas y analíticas. Se requieren 4 criterios, de los cuales al menos uno debe ser clínico y uno inmunológico, o presentar nefritis lúpica (demostrada por biopsia) en presencia de ANA o de Anti ADN.

Ultimamente la European League Against Rheumatism (EULAR) en colaboración con ACR han propuesto unos criterios de clasificación basados en el puntaje logrado de criterios clínicos y de laboratorio. Se requiere 10 o más puntos, y al menos uno de ellos debe ser clínico.

Estos últimos criterios tendrían mayor sensibilidad y especificidad que los criterios ACR y SLICC.
Se recomienda el uso de estos criterios para favorecer el diagnóstico precoz y la oportuna derivación al especialista y así mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

Criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico según EULAR/ACR 2019

≥10 puntos y por lo menos un criterio clínico

Criterio de sospecha: ANA ≥1:80 (HEp-2 o test similar), en cualquier momento

Criterios clínicos	
Constitucional	
Fiebre (>38,3 °C) 2 p	2 p
Hematológico	
Leucopenia (<4,0 x 109/l)	3 p
Trombocitopenia (<100 × 109/l)	4 p
Hemolisis autoinmune	4 p
Neuropsiquiátrico	
Delirio	2 p
Psicosis	3 p
Crisis epilépticas	5 p
Mucocutáneo (observado por el médico)	
Alopecia no cicatricial	2 p
Úlceras orales	2 p
Lupus subcutáneo o discoide	4 p
Lupus agudo	6 p
Serositis	
Derrame pleural o pericárdico (evidenciado en prueba de imagen)	5 p
Pericarditis aguda (≥2 episodios de dolor típico)	6 p
Musculoesquelético	
Afectación articular (sinovitis en ≥2 articulaciones o dolor en ≥2 articulaciones y rigidez matutina de más de 30 minutos	6 p
Renal	
Proteinuria ≥0,5 g/24 horas	4 p
Biopsia renal con datos de nefritis lúpica clase II y V	8 p
Biopsia renal con datos de nefritis lúpica clase III o IV	10 p
Criterios de laboratorio (inmunológico)	
Anticuerpos antifosfolipídicos positivos	
Anticuerpo anticardiolipina o Anticuerpo anti-β2GP1 o Anticoagulante lúpico	2 p
Complemento	
Disminución C3 o C4	3 p
Disminución C3 y C4	4 p
Anticuerpos específicos para LES	
Anticuerpos anti-DNAdc Anticuerpos anti-Sm	6 p

Actualización en LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIATRICO (LESp)

Comité de Reumatología SAP Córdoba

Terapias dirigidas en el tratamiento en Lupus eritematoso sistémico en pediatría

Los pacientes pediátricos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, pueden tener las mismas manifestaciones clínicas que los adultos, pero por lo general la actividad y la gravedad es más alta, con una mayor frecuencia de compromiso renal y neuropsiquiatrico.

El tratamiento del LES pediátrico (LESp) es muy complejo y va a depender de los órganos afectados. El objetivo de este, es lograr la remisión de la enfermedad, prevenir el daño y evitar las complicaciones a largo plazo, y de esa manera disminuir la morbimortalidad, para lograr esto es necesario un abordaje multidisciplinario.
También es fundamental un diagnostico precoz para poder incorporar un tratamiento adecuado según la complejidad y la gravedad del compromiso de diferentes órganos.
Lexagerada , que puede asociarse a muchos efectos secundarios .

Pero gracias al continuo avance en el conocimiento de la enfermedad, en los últimos años ha permitido el desarrollo de medicamentos dirigidos a moléculas específicas del sistema inmunológico, ejemplo de esto es la reciente aprobación por la FDA del belimumab, terapia dirigida contra el lupus, esta droga está diseñada para dirigirse a una proteína llamada estimulador de linfocitos B, que puede reducir el impacto de las células anormales, las cuales son un factor en el desarrollo del lupus.

Hay otras moléculas en investigación que prometen tener muy buenos resultados.

En cuanto al trasplante autólogo de médula ósea se ha probado en el tratamiento del lupus severo en pacientes adultos con enfermedad refractaria y demostraron un 50% a 70% tasa de remisión a los 5 años, pero la experiencia pediátrica se limita a informes de casos. Por lo que debemos esperar para valorar la efectividad de dicha terapia

Los avances en la comprensión y el tratamiento del lupus en las últimas décadas han hecho que los niños con la enfermedad vivan más y mejor, pero aún hay mucho camino por recorrer.

Actualización en LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIATRICO (LESp)

Bibliografía

Bibliografía consultada

Hochberg MC. Updating the American college of rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 1997;40(9):1725.

Petri M, Orbai A-M, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheum. 2012;64(8):2677-86.

Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. 2019;71(9):1400-12.

Smith EMD, Sen ES, Pain CE. Diagnosis and treatment of childhood-onset systemic lupus erythematosus (European evidence-based recommendations from the SHARE initiative). Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2019;104(5):259-64.

S.A.P. CÓRDOBA

¿Qué representa la SAP Córdoba para mí?

Luisa Gonzalez Cibau
Secretaria SAP Córdoba

Es algo difícil de responder, son muchas las cosas que me se ocurren, pero sí podría decir que es mi segunda casa, **concurro todos los días a trabajar feliz** (si hay un problema queda afuera)

No me resulta pesado por más trabajo que haya, quienes la presiden (Comisión Directiva) me dan la confianza y la libertad para desarrollarlo, imposible no responder y estar a la altura de las expectativas y necesidades.

La SAP Córdoba es una entidad comprometida con sus socios, con el equipo de salud y con la sociedad, se preocupa por el crecimiento científico y la defensa de los derechos de la infancia; por tal motivo se dictan cursos de distintas especialidades, y también actividades dirigidas a los padres tanto en formato virtual como presencial.

Voy a citar dos cursos (se dictan muchos más, tan e igualmente importantes) pero estos son los que más participación tienen; uno es el PALS, ver el patio de SAP cubierto de colchonetas cada una con un muñeco, instructores poniendo todo su saber en la demostración y ver a los alumnos con qué empeño tratan de explicar lo que ven, ***es bello.***

A fin de año como cierre de la actividad científica del año se llevan a cabo las Jornadas de Pediatras Jóvenes en conjunto con el Hospital de Niños donde los Residentes son los protagonistas, pertenecientes a Instituciones Privadas y Públicas, volcando en sus trabajos la experiencia recibida. Son dos días de bullicio constante, cada uno con sus inquietudes sobre lo que han presentado esperando la devolución de sus maestros.
Hay muchas más cosas que enaltecen a esta Institución; me animo a decir que la SAP además de una Institución Científica es una gran familia pediátrica
No quiero cerrar este espacio que tan bondadosamente me han cedido, sin decirles a todos los Presidentes con su Comisión Directiva respectiva mi admiración y respeto por el trabajo que realizan silenciosamente y desinteresadamente; gracias por haber confiado en mí durante mis 28 años en la Secretaría donde trabajo libremente, soy una persona mayor, **feliz de lo que hace:** gracias Dr. Carlos Caffaro, Dra. Ana Ceballos, Dr. Daniel Quiroga Carranza, Dr. Andrés Gomila, Dra. María Teresa Apaz, Dr. Enrique Ortega Deheza, Dra. Liliana Villafañe, Dra. Silvia Marchisoni, Dra. Laura Moreno, Dr. Luis Ahumada, Dr. Héctor Pedicino y ahora Dra. Ana Cecilia Cuestas
Sería muy egoísta de mi parte si no digo que el área administrativa funciona con el aporte diario de mis compañeros: Daniela Landa (Secretaria), Dario Borchi (Técnico Instructor), Antonella Pedicino (Comunicadora), Mariana Muscara (Contadora).